



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2012

Behandlung bei schädlichem Cannabisgebrauch und Cannabisabhängigkeit: Hintergründe und Evidenz der Ansätze

Schaub, Michael P ; Becker, Julia

Abstract: Die vorliegende Übersichtsarbeit identifiziert und beschreibt evidenzbasierte psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsansätze sowie präliminäre Ansätze der Pharmakotherapie und der Schadenminderung bei schädlichem Cannabisgebrauch beziehungsweise einer Abhängigkeitsproblematik von Cannabis. Die Behandlungsnachfrage aufgrund von Cannabis hat in der Schweiz an den ambulanten Beratungsstellen zugenommen, wo sich vorwiegend Jugendliche und junge Erwachsene männlichen Geschlechts in Behandlung befinden. Zur Behandlung von schädlichem Cannabisgebrauch und Cannabisabhängigkeit erwies sich bei Jugendlichen die Motivationale Gesprächsführung (MG) in Kombination mit Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) als wirksam. Bei juristisch auffälligen Jugendlichen und solchen mit Konsum von zusätzlichen illegalen Substanzen hat sich die intensivere Multidimensionale Familientherapie (MDFT) bewährt. Bei Erwachsenen wurde für MG in Kombination mit KVT Wirksamkeit nachgewiesen, die sich bisher zumindest in den USA durch die Ergänzung mit dem sogenannten Community Reinforcement Approach (CRA) erhöhen lässt. Die meisten Erkenntnisse zu Applikationsformen im Rahmen der Schadenminderung bei Cannabisabhängigkeit stammen von der medizinischen Cannabisverschreibung bei schweren, anderweitig behandlungsresistenten Erkrankungen. Dabei sowie bei Schadenminderung soll möglichst auf eine schadensarme, idealerweise orale Einnahmeform geachtet werden.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-64920>
Journal Article

Originally published at:

Schaub, Michael P; Becker, Julia (2012). Behandlung bei schädlichem Cannabisgebrauch und Cannabisabhängigkeit: Hintergründe und Evidenz der Ansätze. *Abhängigkeiten*:54-69.

Behandlung bei schädlichem Cannabisgebrauch und Cannabisabhängigkeit

Hintergründe und Evidenz der Ansätze

Dr. Michael SCHAUB¹, lic. phil. Julia BECKER²

Zusammenfassung

Die vorliegende Übersichtsarbeit identifiziert und beschreibt evidenzbasierte psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsansätze sowie präliminäre Ansätze der Pharmakotherapie und der Schadenminderung bei schädlichem Cannabisgebrauch beziehungsweise einer Abhängigkeitsproblematik von Cannabis. Die Behandlungsnachfrage aufgrund von Cannabis hat in der Schweiz an den ambulanten Beratungsstellen zugenommen, wo sich vorwiegend Jugendliche und junge Erwachsene männlichen Geschlechts in Behandlung befinden. Zur Behandlung von schädlichem Cannabisgebrauch und Cannabisabhängigkeit erwies sich bei Jugendlichen die Motivationale Gesprächsführung (MG) in Kombination mit Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) als wirksam. Bei juristisch auffälligen Jugendlichen und solchen mit Konsum von zusätzlichen illegalen Substanzen hat sich die intensivere Multidimensionale Familientherapie (MDFT) bewährt. Bei Erwachsenen wurde für MG in Kombination mit KVT Wirksamkeit nachgewiesen, die sich bisher zumindest in den USA durch die Ergänzung mit dem sogenannten Community Reinforcement Approach (CRA) erhöhen lässt. Die meisten Erkenntnisse zu Applikationsformen im Rahmen der Schadenminderung bei Cannabisabhängigkeit stammen von der medizinischen Cannabisverschreibung bei schweren, anderweitig behandlungsresistenten Erkrankungen. Dabei sowie bei Schadenminderung soll möglichst auf eine schadensarme, idealerweise orale Einnahmeform geachtet werden.

**1 Forschungsleiter Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich (ISGF);
Psychotherapeut FSP**

2 wissenschaftliche Mitarbeiterin Institut für Gesundheitsforschung Zürich (ISGF)

Einleitung

In der Schweiz ist der Anteil der aktuell Konsumierenden, das heisst mindestens ein Konsumereignis in den letzten sechs Monaten, in den letzten Jahren relativ stabil geblieben und lag im Jahr 2007 bei 3.4% (neuere Zahlen sind keine publiziert). Der Anteil derer, die mindestens einmal wöchentlich Cannabis konsumierten, nahm hingegen leicht ab (1.3% der Gesamtbevölkerung im Jahr 2007 gegenüber 1.7% im Jahr 2002). Dennoch nimmt die Schweiz im europäischen Cannabiskonsumvergleich nach wie vor einen der vordersten Plätze ein (European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction EMCDDA, 2011).

Nicht jeder Konsum von Cannabis führt zu einer Cannabisabhängigkeit gemäss Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR (American Psychiatric Association APA, 2000). Bisher liegen nur Schätzungen basierend auf der National Household Survey zur Inzidenz von Tabak- und Drogenkonsum und zur Erhebung von Abhängigkeitsdaten aus den USA vor, die zeigen, dass lediglich 11% aller jemals Cannabiskonsumierenden eine Abhängigkeit entwickeln (Wagner & Anthony, 2002). Bei Tabakkonsum liegt der Anteil bei 32%, bei Alkoholkonsum bei 15%, bei Heroinkonsum bei 23%, bei Kokainkonsum bei 17% und bei Amphetaminkonsum bei 11% (Wagner & Anthony, 2002). Höher ist das Risiko für eine Cannabisabhängigkeit allerdings bei täglich Cannabiskonsumierenden, von denen etwa jede zweite Person Abhängigkeitsprobleme entwickelt, sowie bei Jugendlichen, die vor dem Alter von 15 Jahren mit dem Cannabiskonsum beginnen (Anthony, 2006). Aufgrund der im Vergleich zu anderen illegalen Substanzen grossen Verbreitung des Cannabiskonsums gerade bei Jugendlichen und des vergleichsweise häufigen wöchentlichen und vermutlich auch täglichen Konsums in der Schweiz stellt Cannabiskonsum hierzulande ein Problem für die öffentliche Gesundheit dar (Schaub, 2010).

Trends zur Behandlungsnachfrage lassen sich aufgrund der Nennung von Cannabis als Hauptproblemsubstanz bei Behandlungseintritt erkennen. Bezüglich der Neueintritte mit Cannabis als Hauptproblemsubstanz in europäischen Ländern erfolgte in den Jahren 2003 bis 2008 tendenziell eine prozentuale Zunahme (EMCDDA, 2011). In der Schweiz wurde beim Fokussieren auf die Neueintritte in der Altersgruppe der unter 26-Jährigen über die Jahre 1997 bis 2006 eine deutliche prozentuale Zunahme der Hauptproblemsubstanz Cannabis verzeichnet (Koordinationsgruppe act-info, 2009). In ambulanter Behandlung aufgrund der Hauptproblemsubstanz Cannabis befinden sich gegenwärtig vorwiegend Jugendliche und junge Erwachsene männlichen Geschlechts zwischen 15 und 24 Jahren (Koordinationsgruppe act-info, 2011).

Die vorliegende Übersichtsarbeit beabsichtigt, die bisher publizierten und auf Wirksamkeit überprüften Therapiekonzepte zur Behandlung von schädlichem Cannabisgebrauch und Cannabisabhängigkeit, also für das sich hauptsächlich in Behandlung befindliche Klientel, näher zu beschreiben. Dabei sollen einer-

seits deren wichtigste Inhalte für Jugendliche und ergänzend für Erwachsene vorgestellt und eine relevante Auswahl der hierzu durchgeführten Wirksamkeitsstudien zusammenfassend dargestellt werden. Neuere Behandlungsansätze sind in der gleichzeitigen Behandlung von Tabak- und Cannabisabhängigkeit, aber auch in präliminären pharmakologischen Ansätzen zur Behandlung der Cannabisabhängigkeit und in Überlegungen zu der gegenwärtig in einigen Schweizer Städten diskutierten Cannabisabgabe zu suchen. Dazu wurden mittels zwei systematischen Literaturrecherchen einerseits Hintergrundinformationen, die für eine gleichzeitige Behandlung von Tabak- und Cannabisabhängigkeit sprechen, sowie andererseits die bisher untersuchten pharmakologischen Ansätze zur Behandlung der Cannabisabhängigkeit gesammelt. Zusätzlich werden relevante Befunde zu Applikationsformen aus der medizinischen Cannabisverschreibung bei schweren, anderweitig behandlungsresistenten Erkrankungen für die Schadenminderung bei Cannabisabhängigkeit hinzugezogen.

Methoden

Die Auswahl der im Anschluss näher beschriebenen psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungsansätze erfolgte aufgrund folgender Kriterien. Erstens musste ein ausführliches Therapiemanual zu einem Therapieansatz publiziert sein. Zweitens musste die Wirksamkeit eines Behandlungsansatzes in mindestens einer angemessenen randomisiert-kontrollierten Studie ausgewiesen sein. Bei der Auswahl der zitierten Wirksamkeitsstudien wurde darauf geachtet, dass möglichst alle oder – wo aufgrund einer zu hohen Anzahl nicht möglich – die neusten Publikationen und solche, die mehrere Ansätze miteinander vergleichen, referiert wurden. Für das Kapitel über die Zusammenhänge von Cannabis und Tabak wurde eine systematische Literaturrecherche in PubMed durchgeführt mit den anfänglichen Stichworten (cannabis AND tobacco AND gateway) OR (cannabis AND tobacco AND cessation). Aufgrund der Literaturangaben der dabei identifizierten Arbeiten wurden weitere iterative Suchrunden durchgeführt, wobei sich nach drei Runden keine neuen Arbeiten mehr identifizieren liessen.

Die systematische Literaturrecherche zu pharmakologischen Ansätzen zur Behandlung der Cannabisabhängigkeit erfolgte über PubMed mit den Stichworten ((pharmacological treatment AND cannabis AND cessation) NOT medical marihuana), welche nach zwei Suchrunden keine neuen Literaturangaben mehr identifizierte. Im Kapitel selbst werden zur Wahrung der Übersicht nur die neuesten Ergebnisse und Reviewarbeiten referiert.

Die Recherche zur Schadenminderung bei Cannabisabhängigen wiederum erfolgte aufbauend auf bisherigen Überlegungen (Schaub und Stohler, 2006) aus der medizinischen Cannabisverschreibung bei schweren, anderweitig behandlungsresistenten Erkrankungen.

Beschreibung psychotherapeutischer und psychosozialer Behandlungsansätze

Motivationale Gesprächsführung

Die Motivationale Gesprächsführung MG ist ein sowohl klientenzentrierter als auch direkter Ansatz der Gesprächsführung, der von William R. Miller und Stephen Rollnick zu Beginn der 1990er Jahre entwickelt wurde (Miller & Rollnick, 1991). MG dient der Erhöhung der Eigenmotivation zur Veränderung eines bestimmten problematischen Verhaltens. Dieser Ansatz wird mittlerweile vor allem bei der Behandlung von Jugendlichen mit problematischem Cannabiskonsum, aber auch bei Erwachsenen breit angewandt, wenn eine Ambivalenz zwischen Weiterfahren mit dem Konsum und dem Aufhören und den damit verknüpften negativen Konsequenzen (z. B. konsumierende Freunde verlieren) besteht. Dabei stehen sechs kritische therapeutische Bedingungen im Vordergrund, die eine Konsumänderung bei Cannabis einleiten können: 1. Rückmeldung bezüglich persönlichen Risiken und Schädigungen durch den Cannabiskonsum. 2. Der persönlichen Verantwortung für eine Konsumveränderung Ausdruck verleihen. 3. Klarer Rat zu einer Konsumveränderung. 4. Präsentation einer Übersicht zu möglichen Selbsthilfestrategien für eine Cannabisentwöhnung. 5. Verständnis für die Sichtweise des Klienten und der Klientin über sich und seine bzw. ihre Weltansichten (Empathie im Sinne der klientenzentrierten Psychotherapie von C. R. Rogers) sowie 6. Förderung von Selbstwirksamkeit und Optimismus. Bei der Umsetzung der MG drückt der Therapeut oder die Therapeutin in Bezug auf den Cannabiskonsum und auf allfällige Sorgen, die gegen das Aufhören sprechen, Empathie aus und entwickelt mit dem Klienten oder der Klientin Widersprüche durch die Identifikation von Argumenten für das Weiterkonsumieren und Argumenten gegen das Weiterkonsumieren. Ziel dieser nichtwertenden Betrachtungsweise ist die vertiefte Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen eines Cannabiskonsumstopps. Während dieser Auseinandersetzung versucht der Therapeut oder die Therapeutin, voreilige Schlussfolgerungen des Klienten oder der Klientin zu verhindern und mit allfälligem Widerstand mitzugehen, ohne diesen in Frage zu stellen. Gleichzeitig verstärkt der Therapeut oder die Therapeutin soweit wie möglich die beim Klienten oder bei der Klientin allenfalls schon teilweise vorhandene Selbstwirksamkeit bezüglich einer Konsumveränderung.

Kognitive Verhaltenstherapie

Gut kombinierbar mit MG ist die Kognitive Verhaltenstherapie KVT (Cope-land et al., 2001). Zentral bei der KVT der Cannabisabhängigkeit ist die Entwicklung von Fertigkeiten (skills) im Umgang mit Gefühlen und Verhaltensweisen, die einem Konsum oft vorausgehen (Sampl & Kadden, 2001). Die Entwicklung dieser Fertigkeiten ist in der KVT wichtig für die sogenannte Rückfallprävention, wenn eine Konsumabstinenz oder andere vordefinierte Konsumziele erreicht werden konnten. Während des Ausprobierens von Techniken, um Cannabiskonsum im Alltag zu widerstehen, werden die

Klienten dazu angehalten, sogenannte Schlüsselreize zu identifizieren, die zu Konsum führen können. Die meisten Programme integrieren auch das Üben von neuen Fertigkeiten und das Identifizieren von Schlüsselreizen durch realistische, alltägliche Übungen und Rollenspiele. Ausführlichere kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze (Webb et al., 2002) beinhalten zudem Module zum Umgang mit aggressiven und depressiven Gefühlen, zur Verbesserung der interpersonellen Kommunikation und zum Angehen von mittel- und längerfristigen Problemen und Belastungen.

Familientherapeutische Ansätze

Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, bei denen die Familiensituation respektive die Kommunikation und das Verantwortungsgefüge in der Familie tendenziell den Cannabiskonsum aufrechterhalten, werden familientherapeutische Ansätze angewendet. Bisher wurden zwei für cannabisabhängige Jugendliche und junge Erwachsene spezifische Ansätze beschrieben. In der Familientherapie nach Waldron und Kollegen (2001) werden MG und KVT zur Behandlung der Cannabisabhängigkeit eingesetzt. Ergänzend kommen sechs auf den Substanzkonsum des Jugendlichen fokussierende Elterngruppen-Treffen, vier therapeutische Hausbesuche, die Vermittlung von Selbsthilfegruppen und eine übergeordnete Fallführung hinzu. Die Multidimensionale Familientherapie MDFT (Liddle et al., 2001) hingegen unterscheidet sich insofern von der Familientherapie nach Waldron und Kollegen (2001), als dass sie die Behandlung der Cannabisabhängigkeit in die Familientherapie integriert. Die zentrale Annahme der MDFT besteht darin, dass Adoleszente in sogenannte Multiple Systeme involviert sind (z. B. Familie, Schule, Freunde, rechtliche Systeme etc.), die wiederum multiple Risikofaktoren bergen. Bevor diese Systeme angegangen werden können, müssen therapeutische Allianzen mit den Eltern, dem Adoleszenten und anderen Schlüsselpersonen (z. B. auch aus der Schule oder von der Justiz) aufgebaut werden. Diese Allianzen verfolgen dann zusammen das Ziel der Konsumreduktion beziehungsweise der Abstinenz des Adoleszenten und dienen der Verbesserung der interpersonellen Kommunikation sowie letztlich der systemischen Integration des Adoleszenten in sein multiples Umfeld.

Community Reinforcement Approach und Kontingenzmanagement

Der Community Reinforcement Approach CRA beinhaltet Elemente des operanten Konditionierens, Fertigkeitentraining zum Umgang mit Craving (unmittelbares Verlangen nach der Substanz) und zur Vermeidung von Rückfällen sowie Ansätze aus dem Sozialwesen mit dem Ziel, den Cannabiskonsum durch andere, nicht mit dem Cannabiskonsum zusammenhängende positive Verstärker aus dem Sozialwesen zu reduzieren beziehungsweise von Cannabis zu entwöhnen und Abstinenz aufrechtzuerhalten (Godley et al., 2001). Bei Jugendlichen werden zusätzlich einzelne Gespräche mit betreuenden Personen aus dem Sozialwesen und zur Förderung von Problemlösestrategien und Kommunikationsfähigkeiten auch solche mit der ganzen Familie geführt

(Godley et al., 2001). Auch der fast ausschliesslich mit finanziellen Anreizen operierende Ansatz des Kontingenzmanagements (Higgins et al., 2002) wurde bereits zur Reduktion von Cannabiskonsum eingesetzt. Aufgrund der für die Schweiz und Europa niedrigen Relevanz (andere Finanzierungsmodelle des Krankenversicherungssystems und der Forschung sowie deren Interaktion, mögliche politische Vorbehalte, unterschiedliche rechtliche Möglichkeiten etc.) und der allgemein unklaren langfristigen Wirksamkeit nach Absetzen der finanziellen Anreize wird an dieser Stelle jedoch nicht weiter darauf eingegangen.

Wirksamkeit von psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungsansätzen

Untersuchungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Die meisten der vorliegenden Studien zur Behandlung von schädlichem Cannabisgebrauch beziehungsweise Abhängigkeit wurden mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen durchgeführt, die nicht nur sehr häufig (vorwiegend täglich) Cannabis, sondern oft zusätzlich auch andere psychotrope Substanzen konsumierten. Der grösste Teil der hier referierten Studien stammt aus den USA, wobei die europäische Multizenterstudie International Cannabis Youth Treatment INCANT (Rigter et al., 2010) eine Ausnahme bildet.

Die grösste Studie in diesem Bereich, die Cannabis Youth Treatment Study, wurde mit 600 Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 16 Jahren in den USA durchgeführt und bestand aus fünf verschiedenen Behandlungsarmen. Die Studie verglich im Wesentlichen alle bisher beschriebenen und positiv auf Wirksamkeit überprüften Behandlungsrichtungen miteinander (Dennis et al., 2004):

- MG (5 Sitzungen) plus KVT (12 Sitzungen) nach Sampl und Kadden (2001)
- MG (12 Sitzungen) plus KVT (12 Sitzungen) nach Webb et al. (2002)
- Funktionale Familientherapie nach Waldron et al. (2001)
- Community Reinforcement Approach für Adoleszente (ACRA) nach Godley und Kollegen (2001)
- MDFT nach Liddle et al. (2001)

In allen fünf Behandlungsvarianten zeigten sich signifikante Verbesserungen der Cannabisabhängigkeit (gemessen durch Konsumabstinenz oder Reduktion der Abhängigkeitssymptome) bei der Nachuntersuchung 12 Monate nach Studienbeginn (Dennis et al., 2004). Es konnten allerdings keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Behandlungsarmen gefunden werden.

Im Rahmen der europäischen Multizenterstudie INCANT konnte einerseits gezeigt werden, dass MDFT hinsichtlich der Reduktion des Anteils der

Jugendlichen mit Cannabisabhängigkeit in einer Population von insgesamt 450 Jugendlichen aus fünf europäischen Ländern wirksamer war als Treatment as Usual (TAU, worunter die bei den jeweiligen Behandlungsstellen üblicherweise durchgeführte breite Palette an psychotherapeutischen Behandlungen ausser MDFT verstanden werden; Rigter et al., 2010; Schaub & Haug, 2011). Eine Reduktion der Konsumfrequenz von Cannabis wurde hingegen nicht nachgewiesen. In der MDFT-Gruppe zeigte sich aber eine signifikant grössere Reduktion der sogenannten externalisierenden Symptome, worunter schulische, familiäre und juristische Verhaltensauffälligkeiten fallen.

Weitere nennenswerte Wirksamkeitsstudien stammen aus der Population von cannabisabhängigen Jugendlichen mit einer zusätzlichen Störung durch weitere illegale Substanzen bzw. einer Alkoholabhängigkeit, die erfolgreich mit MDFT behandelt wurden (Henderson et al., 2010).

Untersuchungen bei Erwachsenen

Insgesamt untersuchten bisher fünf Studien die Wirksamkeit von KVT und MG bei Erwachsenen mit Cannabisabhängigkeit (Budney & Roffmann et al., 2007). Die grösste Untersuchung wurde bei 450 erwachsenen Cannabisabhängigen durchgeführt und bestand aus drei Armen: MG mit KVT vs. MG vs. Wartelisten-Kontrollgruppe (Marijuana Treatment Project Research Group, 2004). Dabei schnitten die beiden Therapiegruppen signifikant besser ab als die Kontrollgruppe, und MG mit KVT war bezüglich Langzeitabstinenz und Reduktion des Cannabiskonsums MG alleine überlegen. Ähnliche Ergebnisse zeigten auch die anderen, kleineren Studien, weshalb Budney & Roffmann et al. (2007) die Kombination von MG und KVT als erfolgreicher verglichen mit MG alleine einschätzen.

Um die Effekte noch zu vergrössern, wurden MG und KVT jeweils separat und in Kombination mit Kontingenzmanagement bei erwachsenen Cannabisabhängigen in weiteren fünf Studien untersucht. In den USA verspricht die Kombination aller drei Ansätze die besten Cannabisabstinenzraten (Kadden et al., 2007).

Zielgruppe der straffällig gewordenen jugendlichen Cannabiskonsumierenden

Im Rahmen der europäischen Multizenterstudie INCANT zur Einführung und Überprüfung der Wirksamkeit von MDFT (Liddle et al., 2001) fielen innerhalb des schweizerischen Studienarms, bei dem ausschliesslich durch Jugendrichter zugewiesene Cannabiskonsumierende teilnahmen, die während der Studienzeit entstandenen vielversprechenden Effekte bei der 12-Monats-Nacherhebung in der Interventionsgruppe mit MDFT im Vergleich zur Kontrollgruppe wieder zusammen (Schaub et al., 2011; Schaub & Haug, 2011). In einer ersten vertieften Analyse konnte unterdessen im internationalen Schlussbericht (Rigter et al., 2011) bei mittlerer bis grosser Effektgrösse

gezeigt werden, dass die Reduktion des Cannabiskonsums bei MDFT im Vergleich zu TAU bei Jugendlichen mit hohem Cannabiskonsum nach zwölf Monaten signifikant höher war als bei Jugendlichen mit niedrigem Konsum. Insofern scheint MDFT in der Schweiz allenfalls für psychosozial und juristisch auffällige Jugendliche mit einem intensiven Cannabiskonsum trotz vergleichbar hohem Behandlungsaufwand ein zukunftssträchtiger Ansatz zu sein (Schaub & Haug, 2011).

In den USA wurden verschiedentlich straffällig gewordene Jugendliche mit Erfolg mittels Kontingenzmanagement behandelt (Henggeler et al., 2006; Stanger et al., 2009). Bis dato ist unklar, ob ein solcher Ansatz bei straffälligen Jugendlichen auch in Europa und in der Schweiz machbar ist. Wie bereits erwähnt ist bei diesem Ansatz zumindest die langfristige Wirksamkeit nach Absetzen der finanziellen Anreize fraglich.

Zusammenhang zwischen Cannabis und Tabak – Konsequenzen für die Behandlung

Nur am Rande oder gar nicht berücksichtigt werden in all den bisher erläuterten psychosozialen und psychotherapeutischen Ansätzen der Umgang mit dem gleichzeitigen Tabakkonsum bzw. einer Tabakabhängigkeit während der Behandlung von schädlichem Cannabisgebrauch oder Cannabisabhängigkeit. Für ein breiteres Verständnis werden zunächst epidemiologische Befunde zu Prävalenzen von parallelem Konsum sowie Befunde zur Tabak Gateway Hypothese und deren Umkehrung aufgezeigt, um im Anschluss Schlussfolgerungen für Tabak- und für Cannabis-Ausstiegsprogramme in Bezug auf den Umgang mit Klienten und Klientinnen, die regelmässig beide Substanzen konsumieren, zu ziehen.

Die Prävalenz von Tabakkonsum unter Cannabiskonsumierenden ist in der Schweiz höher als in der Allgemeinbevölkerung: In einer von Suris et al. (2007) untersuchten Stichprobe von jugendlichen Cannabisrauchenden haben nur 21% noch nie Tabak geraucht, während in der Gesamtbevölkerung der Anteil der Jugendlichen, die noch nie Tabak geraucht hatten, zu diesem Zeitpunkt (2002) mit 66% deutlich höher lag (Keller et al., 2010). Andersherum konsumieren Tabakrauchende häufiger Cannabis als Personen, die keinen Tabak rauchen: Im Rahmen des Schweizerischen Tabakmonitorings konsumierten von denjenigen Jugendlichen (von 14 bis 19 Jahre), die täglich rauchten, zum Zeitpunkt der Befragung 25% Cannabis, bei den nicht-täglich rauchenden waren es hingegen nur 15% und bei denjenigen, die niemals Tabak geraucht hatten, nur 1% (Radtke et al., 2008).

Zur sich in Diskussion befindlichen Tabak Gateway Hypothese, worunter man die Annahme versteht, dass Tabak eine süchtig machende Einstiegs-substanz für Cannabiskonsum darstellt (Tullis et al., 2003), konnten bisher empirische Hinweise in Studien bei Jugendlichen und jungen Erwachse-

nen gefunden werden (z. B. Amos et al., 2004; Höfler et al., 1999). Einige nicht abschliessende, aber gerade für die Behandlung von Cannabisabhängigkeit relevante, empirische Befunde existieren auch für die Umkehrung der Tabak Gateway Hypothese für Cannabis (reverse gateway). Diese geht davon aus, dass Cannabiskonsum die Wahrscheinlichkeit eines Einstieges in den Tabakkonsum beziehungsweise eines Übergangs von gelegentlichem Tabakrauchen zu regelmässigem Rauchen sowie Abhängigkeit erhöht (Patton et al., 2005; Tullis et al., 2003; van Beurden et al., 2008). Patton et al. (2005) fanden in ihrer Studie, dass Cannabiskonsum sowohl mit dem Beginn des Zigarettenrauchens bei vormals Nichtrauchernden als auch mit der Entwicklung einer späteren Nikotinabhängigkeit in Zusammenhang stand. Eine weitere, prospektive Studie zeigte ebenfalls ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Tabakabhängigkeit bei Personen, welche zuvor erstmaligen Cannabiskonsum zeigten, im Vergleich zu Personen, die kein Cannabis konsumiert hatten (Timberlake et al., 2007). Ähnliche Befunde ergaben sich zudem in einer breit angelegten, prospektiven Zwillingsstudie (Agrawal et al., 2008). Aus der Schweiz liegen unterstützende Befunde aus dem schweizerischen Cannabismonitoring (Schaub et al., 2008) sowie interessante Befunde aus qualitativen Interviews bei Jugendlichen vor, welche systematisch die Risiken für die Entwicklung einer Tabakabhängigkeit aufgrund des Rauchens von Cannabis gemischt mit Tabak unterschätzten (Akré et al., 2010).

Auch beim Ausstieg aus dem Konsum einer der beiden Substanzen kann ein Zusammenhang zwischen Tabak- und Cannabiskonsum beobachtet werden. Einerseits findet sich eine epidemiologische Studie, in der Tabakrauchende, die auch Cannabis konsumierten, im Laufe der Studienzeit (13 Jahre) seltener mit dem Tabakrauchen aufgehört hatten als Personen, die niemals Cannabis konsumiert hatten (Ford et al., 2002). Umgekehrt waren in einer Studie von Moore und Budney (2001) über ein reines Cannabis-Ausstiegsprogramm bei Teilnehmenden, die zu Beginn des Kurses auch Tabak rauchten, die cannabisabstinenten Perioden weniger lang. Zudem gibt es Forschungsergebnisse zu Ausstiegsprogrammen für Tabak respektive Cannabis, die zeigen, dass sich der Konsum der jeweils reziproken Substanz während eines Konsumstopps der Hauptsubstanz verstärkt (z. B. Akré et al., 2010; Quinteros-Hungerbühler & Schaub, 2010; Sullivan & Covey, 2002). Dies ist nicht nur gesundheitsschädigend, sondern geht vermutlich auch mit einer erhöhten Rückfallgefahr einher (Moore & Budney, 2001; Quinteros-Hungerbühler & Schaub, 2010).

Dennoch fokussieren bisherige Ausstiegsprogramme fast ausschliesslich auf eine der beiden Substanzen. In den wenigen erhältlichen internationalen und deutschsprachigen Therapiemanualen für Cannabis fehlt das Thema Tabakkonsum entweder kategorisch (z. B. Diamond et al., 2002; Gradl et al., 2009) oder wird nur am Rande erwähnt (Steinberg et al., 2005). In den meisten neueren Rauchstopp-Manualen für Tabak wird umgekehrt das Thema Cannabis nicht erwähnt (z. B. Cornuz et al., 2004; Fiore et al., 2008; McRobbie et al., 2008).

Viele Behandelnde in den Bereichen Alkohol und illegale Drogen scheinen der Meinung zu sein, dass begleitende Tabakinterventionen unzumutbar sind für die durch ihre Grundbehandlungen ohnehin schon stark belasteten Patienten (Hall & Prochaska, 2009). Zudem befürchten sie wohl, dass der Behandlungserfolg der Grundbehandlung durch eine zusätzliche Tabakintervention gefährdet werden könne (Fuller et al., 2007). Dies ist jedoch eher nicht der Fall (z. B. Nieva et al., 2010; Reid et al., 2008). Konsequenterweise sollte ein gleichzeitig bestehender Tabakkonsum beziehungsweise eine Tabakabhängigkeit in Behandlungsangeboten bei Cannabisabhängigkeit zukünftig mitberücksichtigt werden. Ein entsprechendes spezifisches Rauchstopp-Programm für den gleichzeitigen Konsumausstieg von Tabak und Cannabis bei Tabakabhängigkeit mit parallelem, regelmässigem Cannabiskonsum wird gegenwärtig in Zürich entwickelt und auf Machbarkeit überprüft (Schaub & Becker, 2012).

Präliminäre Studien zur Pharmakotherapie bei Cannabisabhängigkeit

Ein Cannabisentzugssyndrom erfordert meist keine spezifische pharmakologische Behandlung, wobei in der suchtttherapeutischen Praxis für die Behandlung von akuten kurzfristigen Entzugssymptomen am ehesten schlafanstossende trizyklische Antidepressiva bei anfänglichen Schlafstörungen, Benzodiazepine bei starker Unruhe und Moodstabilizer bei starken Stimmungsschwankungen zum Einsatz kommen (z. B. Preuss & Wei Mooi Wong, 2010).

Inzwischen wurden aber auch Medikamente wie Bupropion, Divalproex, Fluoxetin, Loflexidin, Naltrexon, Nefazadon, Lithiumcarbonat (siehe zuletzt erschienene Übersichtsarbeiten von Elkashef et al. 2008, Vandrey & Haney, 2009) sowie oral abgegebenes Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) (Budney & Vandrey et al., 2007) auf ihre generelle Wirksamkeit bezüglich der Linderung von Entzugssymptomen in klinisch eng kontrollierten Studien bei cannabisabhängigen Personen untersucht. Sie versuchen gleichzeitig die Entzugssymptome Schlaflosigkeit, Nervosität, Agitiertheit, Reizbarkeit, Zittern, Appetitlosigkeit, Verdauungsbeschwerden, Ängstlichkeit, muskuläre Schmerzen, Kopfschmerzen sowie intensiver Drang wieder zu konsumieren, welche in den ersten ein bis zwei Wochen nach dem Konsumstopp auftreten können (Budney, Roffman et al., 2007; Hart, 2005), zu reduzieren. Als allgemein symptomreduzierend erwies sich bisher aber lediglich zur oralen Einnahme abgegebenes THC (Budney & Vandrey et al., 2007), wohingegen sich mit den anderen pharmakologischen Substanzen nur vereinzelte Entzugssymptome reduzieren liessen.

Bezüglich der längerfristigen Cannabisabstinenz zeigte sich eine Verbesserung bei Buspiron gegenüber Placebo, jeweils in Kombination mit MG, in einer ersten randomisiert-kontrollierten Doppelblindstudie zur Behandlung der Cannabisabhängigkeit (McRae-Clark et al., 2009). Im Gegensatz

dazu zeigten in einem ähnlichen Studiendesign Nefazodon und pharmakologisch langsam wirkendes (slow-release) Bupropion keine relevante Wirkung (Carpenter et al., 2009). Gegenwärtig hat noch keine Studie untersucht, ob mittels der Kombination von Medikamenten zur Verbesserung der Cannabisabstinenz oder der Linderung von Entzugssymptomen mit zuvor beschriebenen psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungsansätzen eine Erhöhung der Wirksamkeit gegenüber deren jeweiligen alleinigen Anwendung erreicht werden könnte. Die Beantwortung dieser Frage würde typischerweise ein dreiarmliges randomisiert-kontrolliertes Studiendesign verlangen.

Schadenminderung bei Cannabisabhängigen

Um mögliche Hinweise für eine in einigen Schweizer Städten gegenwärtig diskutierte Cannabisabgabe im Rahmen eines Modellversuchs zu gewinnen, werden in diesem Kapitel Erkenntnisse hinzugezogen, die indirekt von Applikationsformen bei der medizinischen Cannabisverschreibung bei schweren, anderweitig behandlungsresistenten Erkrankungen stammen, wie beispielsweise der Multiplen Sklerose, unheilbaren Krebsformen etc. (Schaub & Stohler, 2006). Bei der medizinischen Cannabisverschreibung, aber auch bei einer Cannabisabgabe, sollte auf eine möglichst schadenmindernde Einnahmeform geachtet werden. Dies kann zum Beispiel mittels künstlich hergestelltem THC (Karschner et al., 2011) erreicht werden, wobei die orale Einnahme zu favorisieren ist, da so die bei der Verbrennung entstehenden schädlichen Stoffe und allenfalls beigemischter Tabak wegfallen. Bei inhalativer Einnahme soll vor allem auch der Kohlenstoffmonoxid-Gehalt gesenkt werden. Dies kann bei zwei Einnahmeformen gewährleistet werden: Zum einen kann mittels eines speziellen Verdampfungsgeräts gekühlter, gereinigter Cannabisdampf ohne Tabakzusätze eingeatmet werden (Abrams et al., 2007). Zum anderen kann ein Sublingualspray verwendet werden, der extrahiertes THC und Cannabidiol enthält (z. B. Nutcutt et al., 2011). Der Spray kann in der Schweiz allerdings gegenwärtig nur zu Forschungszwecken eingesetzt werden. Aus medizinischer Sicht weniger zu empfehlen sind die Verwendung von Aktivkohlefiltern oder das Rauchen von Cannabis mit Tabakersatzprodukten wie Knaster oder Huflattich, weil dabei ebenfalls eine Verbrennung stattfindet und somit Kohlenstoffmonoxid entsteht. Bei der Verwendung von Aktivkohlefiltern kommt hinzu, dass dabei vermutlich analog zu Zigaretten mit starken Filtern tiefer inhaliert wird und deshalb ähnlich viele Schadstoffe in den Körper gelangen.

Schlussfolgerungen

In den letzten 10 bis 15 Jahren wurden auf den wichtigsten Therapieströmungen und Ansätzen der psychosozialen Beratung bei Abhängigkeitserkrankungen basierende Behandlungsansätze für Jugendliche und Erwachsene

mit schädlichem bzw. abhängigem Cannabiskonsum entwickelt und positiv auf ihre Wirksamkeit überprüft. Insbesondere die Motivationale Gesprächsführung in Kombination mit Kognitiver Verhaltenstherapie, bei Jugendlichen durch zusätzliche familientherapeutische Elemente ergänzt, stellten sich als wirksam heraus. Seit geraumer Zeit ist das Risiko für die Entwicklung einer Tabakabhängigkeit bei vorerst nicht Tabakabhängigen durch das Rauchen von Tabak und Cannabis in Form eines Joints ein Thema. Rauchstopp-Kurse zur Behandlung von Cannabis- bzw. Tabakabhängigkeit sollten diesem Umstand Rechnung tragen und nicht, wie es in den erhältlichen Manualen bisher fast ausschliesslich der Fall ist, den Konsum der jeweils anderen Substanz ignorieren. Pharmakologische Ansätze, die über die Linderung von einzelnen akuten Entzugssymptomen in der Cannabisentwöhnung hinausgehen und auf eine generelle Entzugssymptomlinderung oder eine Verlängerung der Wirksamkeit zielen, sind bisher weniger erfolgversprechend als psychotherapeutische und psychosoziale Ansätze. Es ist zudem unklar, ob sich die Wirksamkeit bei der Kombination von psychotherapeutischen/psychosozialen Ansätzen mit pharmakologischen Ansätzen gegenüber deren alleinigen Anwendung erhöhen lässt oder nicht. Bei der Schadenminderung von Cannabiskonsum sollte auf eine schadensarme, wenn möglich orale Konsumform ohne Verbrennungsprozess zurückgegriffen werden, da so die bei der Verbrennung entstehenden schädlichen Stoffe weitestgehend und allenfalls beigemischter Tabak wegfallen.

Literatur

- Abrams, D. I., Vizoso, H. P., Shade, S. B., Jay, C., Kelly, M. E. & Benowitz, N.L. (2007). Vaporization as a smokeless cannabis delivery system: a pilot study. *Clin Pharmacol Ther*, 82, 572-578.
- Agrawal, A., Lynskey, M. T., Pergadia, M. L., Bucholz, K. K., Heath, A. C., Martin, N. G. et al. (2008). Early cannabis use and DSM-IV nicotine dependence: a twin study. *Addiction*, 103, 1896-1904.
- Akré, C., Michaud, P., Berchtold, A. & Suris, J.-C. (2010). Cannabis and tobacco use: where are the boundaries? A qualitative study on cannabis consumption modes among adolescents. *Health Educ Res*, 25, 74-82.
- Amos, A., Wiltshire, S., Bostock, Y., Haw, S. & McNeill, A. (2004). 'You can't go without a fag... you need it for your hash' -- a qualitative exploration of smoking, cannabis and young people. *Addiction*, 99, 77-81.
- Anthony, J. C. (2006). The epidemiology of cannabis dependence. In R. A. Roffman & R. S. Stephens (Eds.), *Cannabis dependence: Its nature, consequences, and treatment* (p. 58-105). Cambridge: Cambridge University Press.
- American Psychiatric Association APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. DSM-IV-TR. 4th Edition, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Budney, A. J., Roffman, R., Stephens, R. S. & Walker, D. (2007). Marijuana dependence and its treatment. *Add Science Clinical Pract*, 4, 4-16.
- Budney, A. J., Vandrey R. G., Hughes, J. R., Moorem B. A. & Bahrenburg, B. (2007). Oral delta-9-tetrahydrocannabinol suppresses cannabis withdrawal symptoms. *Drug Alcohol Depend*, 86, 22-29.
- Carpenter, K. M., McDowell, D., Brooks, D. J., Cheng, W. Y. & Levin, F. R. (2009). A preliminary trial: double-blind comparison of nefazodone, bupropion-SR, and placebo in the treatment of cannabis dependence. *Am J Addict*, 18, 53-64.

- Copeland, J., Swift, W., Roffman, R. & Stephens, R. (2001). A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *J Subst Abuse Treat*, 21, 55-64.
- Cornuz, J., Humair, J.-P. & Zellweger, J.-P. (2004). Tabakentwöhnung 1. Teil: Wie es geht und was es bringt. *Schweiz Med Forum*, 4, 764-770.
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J. et al. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *J Subst Abuse Treat*, 27, 197-213.
- Diamond, G., Godley, S. H., Liddle, H. A., Sampl, S., Webb, C., Tims, F. M. et al. (2002). Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: a description of the Cannabis Youth Treatment interventions. *Addiction*, 97(Supplement 1), 70-83.
- Elkashef, A., Vocci, F., Huestis, M., Haney, M., Budney, A., Gruber, A. et al. (2008). Marijuana neurobiology and treatment. *Subst Abus*, 29, 17-29.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA. (2011). *Stand der Drogenproblematik in Europa: Jahresbericht 2010*. Lissabon: EMCDDA.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Bennett, G., Benowitz, N. L. et al. (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. *Am J Prev Med*, 35, 158-176.
- Ford, D. E., Vu, H. T. & Anthony, J. C. (2002). Marijuana use and cessation of tobacco smoking in adults from a community sample. *Drug Alcohol Depend*, 67, 243-248.
- Fuller, B. E., Guydish, J., Tsoh, J., Reid, M. S., Resnick, M., Zammarelli, L. et al. (2007). Attitudes toward the integration of smoking cessation treatment into drug abuse clinics. *J Subst Abuse Treat*, 32, 53-60.
- Godley, S. H., Meyers, R. J., Smith, J. E., Godley, M. D., Titus, J. M. & Karvinen, T. (2001). *The Adolescent Community Reinforce Approach for adolescent cannabis users*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, SAMHSA.
- Gradl, S., Kröger, C., Floeter, S. & Piontek, D. (2009). Der Transfer theoretischer Richtlinien in die Praxis: Evaluation eines modernen Tabakentwöhnungsprogramms. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 30, 169-185.
- Hall, S. M. & Prochaska, J. J. (2009). Treatment of smokers with co-occurring disorders: emphasis on integration in mental health and addiction treatment settings. *Annu Rev Clin Psychol*, 5, 409-431.
- Hart, C. L. (2005). Increasing treatment options for cannabis dependence: a review of potential pharmacotherapies. *Drug Alcohol Depend*, 80, 147-159.
- Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E. & Liddle, H. A. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials. *J of Consult Clin Psych*, 78, 885-897.
- Henggeler, S. W., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Randall, J., Shapiro, S. B. & Chapman, J. E. (2006). Juvenile drug court: enhancing outcomes by integrating evidence-based treatments. *J Consult Clin Psych*, 74, 42-54.
- Higgins, S. T., Alessi, S. M. & Dantona, R. L. (2002). Voucher-based incentives. A substance abuse treatment innovation. *Addict Behav*, 27, 887-910.
- Höfler, M., Lieb, R., Perkonig, A., Schuster, P., Sonntag, H. & Wittchen, H. U. (1999). Covariates of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents: a prospective examination of vulnerability and risk factors. *Addiction*, 94, 1679-1694.
- Kadden, R. M., Litt, M. D., Kabela-Cormier, E. & Petry, N. M. (2007). Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. *Addict Behav*, 32, 1220-1236.
- Karschner, E. L., Darwin, W. D., McMahon, R. P., Liu, F., Wright, S., Goodwin, R. S. & Huestis, M. A. (2011). Subjective and physiological effects after controlled Sativex and oral THC administration. *Clin Pharmacol Ther*, 89, 400-407.
- Keller, R., Radtke, T., Krebs, H. & Hornung, R. (2010). *Der Tabakkonsum der Schweizer Wohnbevölkerung in den Jahren 2001 bis 2009*. Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial-und Gesundheitspsychologie.

- Koordinationsgruppe act-info (2009). Im Brennpunkt: Jährliche Informationen von act-info zu aktuellen Themen der Suchtberatung und -behandlung in der Schweiz: Substanztrends bei jungen Klientinnen und Klienten in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Koordinationsgruppe act-info (2011). Act-Info Jahresbericht 2010. Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz Ergebnisse des Monitoringsystems. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K. & Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *Am J Drugs Alcohol Abuse*, 27, 651-688.
- McRae-Clark, A. L., Carter, R. E., Killeen, T. K., Carpenter, M. J., Wahlquist, A. E., Simpson, S. A. et al. (2009). A placebo-controlled trial of bupirone for the treatment of marijuana dependence. *Drug Alcohol Depend*, 105, 132-138.
- McRobbie, H., Bullen, C., Glover, M., Whittaker, R., Wallace-Bell, M. & Fraser, T. (2008). New Zealand smoking cessation guidelines. *N Z Med J*, 121, 57-70.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford.
- Moore, B. A. & Budney, A. J. (2001). Tobacco smoking in marijuana-dependent outpatients. *J Subst Abuse*, 13, 583-596.
- Nieva, G., Ortega, L. L., Mondon, S., Ballbè, M. & Gual, A. (2010). Simultaneous versus delayed treatment of tobacco dependence in alcohol-dependent outpatients. *Eur Addict Res*, 17, 1-9.
- Nutcutt, W., Langford, R., Davies, P., Ratcliffe, S. & Potts, R. (2011). A placebo-controlled, parallel-group, randomised withdrawal study of subjects with symptoms of spasticity due to multiple sclerosis who are receiving long-term Sativex(R). *Mult Scler*, in press.
- Patton, G. C., Coffey, C., Carlin, J. B., Sawyer, S. M., Lynskey, M. (2005). Reverse gateways? Frequent cannabis use as a predictor of tobacco initiation and nicotine dependence. *Addiction*, 100, 1518-1525.
- Preuss, U. W. & Wei Mooi Wong, J. (2010). Cannabinoide. In M. Soyka (Hrsg.). *Drogennotfälle – Diagnostik, klinisches Erscheinungsbild, Therapie* (S. 95-107). Stuttgart: Schattauer.
- Quinteros-Hungerbühler, I. & Schaub, M. (2010). Vorstudie und Bedarfsanalyse für die Entwicklung eines integrativen Rauchstopp-Programms für Tabakkonsumentinnen und Tabakkonsumenten, die auch Cannabis konsumieren: Ausführlicher Schlussbericht. Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung. Online: <http://www.isgf.uzh.ch/index.php?id=59&uid=36>
- Radtke, T., Keller, R., Krebs, H. & Hornung, R. (2008). *Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in den Jahren 2001 bis 2007/08*. Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial und Gesundheitspsychologie.
- Reid, M. S., Fallon, B., Sonne, S., Flaminio, F., Nunes, E. V., Jiang, H. et al. (2008). Smoking cessation treatment in community-based substance abuse rehabilitation programs. *J Subst Abuse Treat*, 35, 68-77.
- Rigter, H., Pelc, I., Phan, O., Tossmann, P., Hendricks, V., Rowe, C. & Schaub, M. (2011). Final Report on the INCANT study – the feasibility of Multidimensional Family Therapy in European context as a treatment for troubled adolescents misusing cannabis. Submitted to the steering committee. Online: <http://www.incant.eu/index.php?id=38,0,0,1,0,0>
- Rigter, H., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Grichting, E., Hendriks, V. & Rowe, C. (2010). INCANT: a transnational randomized trial of multidimensional family therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *BMC Psychiatry*, 10:28.
- Sampl, S. & Kadden, R. (2001). Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy (MET-CBT-5) for adolescent cannabis users. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, SAMHSA.
- Schaub, M. (2010). Wenn der Staat mit Cannabis handelt. *Suchtmagazin*, 6, 25-29.
- Schaub, M. & Becker, J. (2012). Entwicklung und Machbarkeitsüberprüfung eines integrativen Gruppenrauchstopp-Programms für erwachsene Tabakabhängige, die auch regelmässig Cannabis konsumieren: Projektbeschreibung. Zürich, Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung. Online, 15. März 2012. <http://www.isgf.ch/index.php?id=59&uid=48>

- Schaub, M., Gmel, G., Annaheim, B., Killias, M. & Uchtenhagen, A. (2008). *Schlussbericht Cannabismonitoring 2004-2007*. Schlussbericht an das Bundesamt für Gesundheit.
- Schaub, M., Griching, E., Nielsen, P. & Haug, S. (2011). *INCANT Hauptstudie – Nationaler Schlussbericht Schweiz*. Forschungsbericht aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich.
- Schaub, M. & Haug, S. (2011). Ambulante Therapie mit MDFT: Auch in der Schweiz eine Erfolgsstory? *Suchtmagazin*, 5, 20-23.
- Schaub, M. & Stohler, R. (2006). Langzeitschäden durch Cannabis – ein unterschätztes Problem? *Swiss Med For*, 6, 1128-1132.
- Stanger, C., Budney, A. J., Kamon, J. L. & Thostensen, J. (2009). A randomized trial of contingency management for adolescent marijuana abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend*, 105, 240-247.
- Steinberg, K. L., Roffman, R. A., Carroll, K. M., McRee, B., Babor, T. F., Miller, M. et al., (2005). *Brief Counseling for Marijuana Dependence: A Manual for Treating Adults*. DHHS Publication No. SMA 05-4022. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, SAMHSA.
- Sullivan, M. A. & Covey, L. S. (2002). Current perspectives on smoking cessation among substance abusers. *Curr Psychiatry Rep*, 4, 388-396.
- Suris, J.-C., Akre, C., Berchtold, A., Jeannin, A. & Michaud, P.-A. (2007). Some go without a cigarette: characteristics of cannabis users who have never smoked tobacco. *Arch Pediat Adol Med*, 161, 1042-1047.
- Timberlake, D. S., Haberstick, B. C., Hopfer, C. J., Bricker, J., Sakai, J. T., Lessem, J. M et al. (2007). Progression from marijuana use to daily smoking and nicotine dependence in a national sample of U.S. adolescents. *Drug Alcohol Depend*, 88, 272-281.
- Tullis, L. M., DuPont, R., Frost-Pineda, K. & Gold, M. S. (2003). Marijuana and tobacco: a major connection? *J Addict Dis*, 22, 51-62.
- Vandrey, R. & Haney, M. (2009). Pharmacotherapy for cannabis dependence: how close are we? *CNS Drugs*, 23, 543-553.
- van Beurden, E. K., Zask, A., Passey, M. & Kia, A. M. (2008). The Mull Hypothesis: is cannabis use contributing to high tobacco use prevalence among young North Coast males? *N S W Public Health Bull*, 19, 72-74.
- Wagner, F. A. & Anthony, J. C. (2002). From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. *Neuropsychopharmacology*, 26, 479-488.
- Waldron, H. B., Slesnick, N., Brody, J. L., Turner, C. W. & Peterson, T. R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *J Consult Clin Psych*, 69, 802-813.
- Webb, C., Scudder, M., Kaminer, Y., Kadden, R. & Tawfik, Z. (2002). *The MET/CBT 5 Supplement: 7 sessions of Cognitive Behavioral Treatment (CBT 7) for adolescent cannabis users*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, SAMHSA.

Korrespondenzadresse

Dr. Michael Schaub
 Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich
 Konradstrasse 32
 Postfach
 8031 Zürich

michael.schaub@isgf.uzh.ch

Résumé

Ce travail de synthèse identifie et décrit les approches de traitements psychothérapeutiques et psychosociaux fondées sur le niveau de preuve, ainsi que les approches préliminaires de pharmacothérapie et de réduction des risques lors d'une consommation nocive de cannabis ou d'une problématique de dépendance au cannabis. La demande de traitements liés au cannabis en Suisse a augmenté dans les centres de consultation ambulatoire où sont traités principalement des adolescents et de jeunes adultes. Pour le traitement de la consommation nocive de cannabis et de la dépendance au cannabis, l'interview de motivation (IM) s'est révélé être efficace chez les adolescents, en combinaison avec la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Chez les adolescents sous l'œil de la justice et ceux consommant d'autres substances illégales, la thérapie familiale intensive multidimensionnelle (TFIM) a fait ses preuves. Chez les adultes, l'IM associé à la TCC a démontré une efficacité, qui a jusqu'ici pu être améliorée, au moins aux États-Unis, par l'adjonction d'une approche communautaire dite de renfort (Community Reinforcement Approach, CRA). La plupart des conclusions sur les formes d'administration dans le cadre des mesures de réduction des risques liés à la dépendance au cannabis proviennent de la prescription de cannabis médical en cas de maladies graves résistantes aux autres traitements. Il faut envisager dans ce cas et pour en réduire également les effets négatifs, une forme d'administration peu nocive, idéalement une forme orale.

Summary

The present review article identifies and describes evidence-based psychotherapeutic and psychosocial treatment approaches as well as preliminary approaches to pharmacotherapy and harm reduction in harmful cannabis use or problems with cannabis addiction. The demand for treatment resulting from cannabis has increased at the outpatient counselling centres in Switzerland where predominantly adolescent and young adult males are in treatment. Motivational interviewing (MI) in combination with cognitive behavioural therapy (CBT) has proved to be effective in treating harmful cannabis use and cannabis addiction in adolescents. In the case of adolescents who have come into conflict with the law and those who consume additional illegal substances, the more intensive multidimensional family therapy (MDFT) has proved effective. In adults, efficacy has been demonstrated for MI in combination with CBT and can be increased, at least in the USA up to now, by additional treatment with the so-called community reinforcement approach (CRA). Most of the findings on application forms within the context of harm reduction in cannabis addiction are derived from the medical prescription of cannabis in severe, otherwise treatment-resistant diseases. Here and in the case of harm reduction, a less harmful, ideally oral form of intake should be ensured wherever possible.